

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК ВРАЧЕЙ

Дуброва В.П.

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

В ходе последних десятилетий стало все отчетливее видно, что привычное разделение между «органическими» и «функциональными» заболеваниями основано на спорных предпосылках. И медицинские специалисты начали понимать, что болезни часто возникают на почве множественных этиологических факторов. Из этого возник особый интерес к той роли, которую могут играть в этой связи психологические и социальные факторы. Эта новая ориентировка привела к тому, что практическая медицина расширяет свое поле зрения: *пациент больше не является лишь носителем какого-то заболевшего органа, его необходимо рассматривать и лечить как человека в целом*, поскольку «болезнь является следствием неправиль-

ного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включен» (Б. Любан-Плоцца, 1994).

Обозначение какого-то заболевания как медицинского, хирургического, ортопедического, психиатрического соответствует лишь административным потребностям и медико-социологическим условностям, в пользу чего говорят, прежде всего, технические основы диагностики и лечения, но не отражает истинное состояние пациента (Engel, 1970). Современные исследователи единодушно утверждают, что органические повреждения, функциональные нарушения и субъективные жалобы пациента можно увязать с историей, экзистенциальностью и жизненными кризисами его личности. Симптом болезни можно понимать как простой сигнал, как указание, но также и как своего рода органную речь, отражающую глубокие тенденции личности. Отсюда следует, что врач не может довольствоваться наблюдением и изучением «нейтральных признаков» у больного. Он должен прорваться к витальному, формирующему болезнь и жизнь, значению патологии, поскольку субъективная установка пациента к своей болезни есть существенный фактор начала, течения и исхода заболевания. Все это предполагает личностно-ориентированное взаимодействие с пациентом (Б. Любан-Плоцца, 1993).

Именно этим объясняется тот, ставший очевидным, факт, что начало XXI века знаменуется очень тесным взаимодействием психологии и медицины. В связи с этим психологическая подготовка становится одним из наиболее быстроразвивающихся и привлекающих к себе внимание аспектов медицинского образования (*Консультации по проблеме коммуникаций врач-пациент, 15-18 июня 1993 г., Женева, Всемирная Организация Здравоохранения*).

Переход к личностно-ориентированной медицине возможен только на основе перестройки (либо формирования) профессионального самосознания врачей как главных (ведущих терапевтический процесс) субъектов лечебного процесса.

Целью нашего исследования было изучение профессиональных установок врачей. Важным для нас было выявить в профессиональном самосознании врачей наличие ориентации на личность пациента в терапевтическом процессе. На основании анализа диагностических средств были отобраны методики для определения валидности и надежности разрабатываемой нами методики диагностики профессионального самосознания врачей. Всем испытуемым предлагалось ответить на вопросы стандартизованного интервью, а также заполнить бланк методики «Незаконченные предложения» (их было 11). Предполагалось, что высказывания респондентов раскроют содержание профессиональных установок. Для обработки полученных результатов применялись описательные статистики, контент-анализ.

Испытуемыми в пилотажном исследовании являлись 115 врачей различного профиля (терапевты – 36, хирурги – 23, акушер-гинекологи – 14,

анестезиологи – 14, травматологи – 9, педиатры – 4, офтальмологи – 6, дерматовенерологи – 3, кардиологи – 3, невропатологи – 3).

Анализ полученных результатов позволил выделить наиболее информативные предложения и увидеть тенденции в организации профессиональных установок врачей, касающихся:

- 1) личностных качеств специалиста-медика:
 - дисциплинированы, обязательны;
 - доброжелательны,
 - милосердны, гуманны;
 - веселы, жизнерадостны;
 - порядочны, интеллигентны, воспитаны;
 - циники, хапуги;
- 2) профессиональной подготовленности:
 - профессионалы («хорошо работают», «фанаты своего дела») либо недостаточно высокопрофессиональны («хорошо работают, когда хотят»);
 - всегда учатся;
- 3) целевой установки профессиональной деятельности:
 - помогают людям быть здоровыми («лечат», «помогают пациентам»);
 - никогда не отказывают в помощи;
- 4) социально-экономических проблем здравоохранения и самой медицинской деятельности:
 - экономическая незащищенность врачей («страдают от недостатка денег», «жалуются на маленькую зарплату», «много работают – мало получают», «малообеспеченные люди»);
 - синдром хронической усталости («устают на работе», «сильно изматываются за день», «мало спят», «всегда хотят спать»);
 - интенсивность деятельности («работают на износ», «загружены работой», «все вопросы решают на ходу», «всегда торопятся», «работают на 1,5-2 ставки», «не замечают времени»);
 - социальная непризнанность («врачи-интеллектуалы, но не всегда реализованы и востребованы»);
 - синдром эмоционального выгорания («много переживают и от этого болеют», «берут все близко к сердцу»).

Анализ результатов исследования позволяет констатировать, что в профессиональных установках врачей отсутствует ориентация на пациента как на активного соучастника терапевтического процесса и субъекта профессионального взаимодействия, что, возможно, отрицательно скажется на формировании терапевтического альянса в диаде врач – пациент и повлияет на успех терапии независимо от ее ориентации.